

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 216

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Fibromyome malin de l'Utérus
et en particulier des
Fibromyomes pédiculés sur le fond utérin

~~~~~

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**GEORGES GIDON**

*Né le 19 Octobre 1890, à Belley (Ain)*



LYON  
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—  
1920



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Fibromyome malin de l'utérus

et en particulier

**des Fibromyomes pédiculés sur le fond utérin**

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ ..... DOYEN.  
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, POLLOSSON M.,  
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

## PROFESSEURS

|                                                        |                |
|--------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales.....                               | MM. TEISSIER   |
| Cliniques chirurgicales.....                           | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....            | BARD           |
| Clinique ophtalmologique.....                          | TIXIER         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....   | BERARD         |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales.....       | FABRE          |
| Clinique des maladies des enfants.....                 | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes.....                  | NICOLAS        |
| Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie..... | LEPINE (J.)    |
| Chimie biologique.....                                 | WEILL          |
| Chimie organique et Toxicologie.....                   | POLLOSSON (A.) |
| Matière médicale et Botanique.....                     | CLUZET         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....      | HUGOUNENQ      |
| Anatomie.....                                          | MOREL          |
| Anatomie générale et Histologie.....                   | MOREAU         |
| Physiologie.....                                       | GUIART         |
| Pathologie interne.....                                | LATARJET       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales.....            | POLICARD       |
| Anatomie pathologique.....                             | DOYON          |
| Médecine opératoire.....                               | COLLET         |
| Médecine expérimentale et comparée.....                | MOURIQUAND     |
| Médecine légale.....                                   | PAVIOT         |
| Hygiène.....                                           | X...           |
| Thérapeutique.....                                     | ARLOING (F.)   |
| Pharmacologie.....                                     | ETIENNE MARTIN |
|                                                        | COURMONT (P.)  |
|                                                        | PIC            |
|                                                        | FLORENCE       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                 |             |
|-------------------------------------------------|-------------|
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx..... | MM. LANNOIS |
| Pathologie externe.....                         | VALLAS      |
| Maladies des voies urinaires.....               | ROCHET      |
| Propédeutique de gynécologie.....               | CONDAMIN    |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                              |                 |        |
|----------------------------------------------|-----------------|--------|
| Chimie minérale.....                         | MM. BARRAL,     | agrégé |
| Chirurgie infantile.....                     | NOVE-JOSSERAND, | —      |
| Accouchements.....                           | COMMANDEUR,     | —      |
| Embryologie.....                             | X...            | —      |
| Anatomie topographique.....                  | PATEL,          | —      |
| Botanique.....                               | BRETIN,         | —      |
| Chirurgie expérimentale.....                 | VILLARD,        | —      |
| Clinique infantile.....                      | X...            | —      |
| Déontologie et médecine professionnelle..... | X...            | —      |

## AGREGES

|               |                 |                   |                      |
|---------------|-----------------|-------------------|----------------------|
| MM.           | MM.             | MM.               | MM.                  |
| BARRAL        | LERICHE         | FROMENT           | BONNAMOUR,           |
| COMMANDEUR    | THEVENOT (Léon) | THEVENOT (Lucien) | chargé des fonctions |
| NEVEU-LEMAIRE | TAVERNIER       | PIERY             | SARVONAT id.         |
| LAROYENNE     | CADE            | COTTE             | FAVRE id.            |
| VORON         | GUILLEMARD      | DUROUX            | GRAVIER id.          |
| NOGIER        | GARIN           |                   | ROUBIER id.          |
| BRETIN        | SAVY            |                   |                      |

M. BAYLE, secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, *Président*; COLLET, *Assesseur*;  
MM. SAVY et THEVENOT LUCIEN, *Agrégés*.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
**Fibromyome malin de l'Utérus**  
et en particulier des

**Fibromyomes pédiculés sur le fond utérin**



~~~~~  
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES GIDON

Né le 19 Octobre 1890, à Belley (Ain)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce bien faible hommage de
ma profonde affection et de ma
sincère reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie pathologique

Médecin des Hôpitaux

Nous n'oublierons pas le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A M. LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions de nous avoir inspiré la matière même de cette étude, de nous avoir aidé de ses conseils. Il fut pour nous un guide éclairé et bienveillant.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

AVANT-PROPOS

Presque tous les auteurs, et ils sont nombreux, qui ont étudié la question des fibromyomes utérins et en particulier celle si intéressante des myomes sous-péritonéaux ont signalé l'extrême fréquence de ces néoformations sur le fond utérin. Mais aucun jusqu'ici n'avait constaté de particularité dans leur évolution clinique et dans leur malignité. Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis du moins de trouver dans la littérature médicale la moindre trace de ces caractères spéciaux.

Le Docteur Albertin, à l'extrême bienveillance duquel nous devons le sujet de cette thèse, nous ayant communiqué une série d'observations où ces fibromyomes, par leur mode d'implantation sur le fond utérin, leur extrême développement, leurs caractères anatomopathologiques et histologiques, et leur malignité allant jusqu'à la récurrence en cas d'ablation révélaient une allure clinique spéciale, nous avons voulu rechercher s'il était possible de trouver une raison à la localisation plus fréquente de ces néoplasmes sur le fond utérin, et, en

second lieu, s'il fallait voir dans ces néoformations une forme spéciale de tumeurs ou si l'on pouvait, au contraire, les faire rentrer dans un des cadres plus généraux de la classification des tumeurs.

Il semble bien, en effet, que l'on ne puisse mettre en doute la marche particulière de nombreux fibromyomes du fond, et les observations ou les dessins que nous apporterons plus loin à l'appui de cette opinion sont, nous semble-t-il, des plus démonstratifs.

Un tel but nous a paru nécessiter lui-même la division de cette étude. Il était utile, en effet, tant pour rechercher les raisons de la fréquence des fibromyomes au fond utérin que pour discuter certaines théories sur leur origine, de résumer brièvement la formation embryologique de l'utérus. Il nous fallait ensuite exposer les diverses hypothèses qui ont tenté d'expliquer l'origine des fibromyomes utérins et, en particulier, celle des fibromyomes malins puisqu'il semble bien, par la suite de cette étude, que c'est à cette catégorie qu'il faille rattacher certains fibromyomes pédiculés du fond que nous étudions.

Cette revue, une fois faite, nous aborderons l'étude de l'anatomie pathologique de ces néoformations fibromyomateuses du fond utérin. Après avoir étudié tout d'abord leurs caractères macroscopiques, leur mode particulier d'insertion, après avoir décrit leur pédicule et leurs diverses particularités, nous rechercherons leurs caractères histologiques pour nous permettre de les classer dans le cadre plus général des tumeurs.

Dans un troisième chapitre, nous passerons en revue la symptomatologie et l'évolution clinique de ces fibro-

myomes pédiculés sur le fond utérin. Nous tâcherons alors de préciser ce qu'il y a de particulier dans cette évolution tant pour leur malignité relative que pour leur malignité vraie en n'oubliant pas non plus leur tendance à la récurrence et à la généralisation.

Après avoir formulé brièvement les quelques indications thérapeutiques qui nous ont semblé résulter de cette modeste étude, nous apporterons à l'appui de nos conclusions un certain nombre d'observations que nous devons, pour la plupart, à l'obligeance du Docteur Albertin. Trois dessins, choisis parmi un certain nombre d'autres cas, montreront, d'une façon plus précise que n'aura su le faire notre description macroscopique ce qu'il y a d'intéressant dans ce genre de tumeurs.

Et peut-être alors nous sera-t-il permis de ne pas paraître trop prétentieux en apportant, pour terminer cette monographie, des conclusions qui tenteront de répondre aux questions posées plus haut et que nous rappelons ici. Faut-il enfin attribuer aux fibromyomes du fond des caractères cliniques spéciaux et une malignité particulière, s'y retrouvant plus fréquemment que dans les myomes du corps ou du col, et imposant une thérapeutique plus radicale ?

CHAPITRE I

Etude sur l'Embryogénie de l'Utérus Les diverses hypothèses sur l'origine des Fibromyomes

On sait que les canaux de Muller sont l'origine des organes génitaux internes de la femme. Ce canal, apparu à l'extrémité supérieure du corps de Wolff, s'ouvre dans le cœlome, au sommet du corps de Wolff, puis forme, avec le canal de Wolff, le cordon urogénital. Situé d'abord dans ce dernier, à la face externe du canal de Wolff, entre celui-ci et l'épithélium cœlomique, il le croise pour venir se placer en dedans de lui au moment même où le cordon urogénital croise en entier l'extrémité inférieure du corps de Wolff.

On peut, dès lors, étudier dans le canal de Muller deux segments bien différents. L'un, supérieur, représente l'extrémité proximale du pronéphros et occupe l'épaisseur du corps de Wolff. Ce segment deviendra, plus tard, la trompe de Fallope. Le deuxième, qui provient de l'allongement du segment supérieur au dépens de la paroi du corps de Wolff, ou, peut-être, d'après cer-

tains auteurs, de ses éléments propres sera, plus tard, l'utérus et le vagin. Le point de croisement du canal de Wolff et du canal de Muller marque très nettement la séparation de ces deux segments. Sur ce point vient s'insérer le ligament de Hunter qui deviendra, plus tard, le ligament rond.

Les deux cordons urogénitaux se rapprochent, tendant à se réunir sur la ligne médiane et viennent occuper le centre du bassin, où ils créent deux espaces : l'un préréctal (futur cul-de-sac de Douglas), l'autre rétrovésical. Finalement, ils se joignent en un seul tractus enveloppé de tissu mésodermique et forment alors le canal de Thiersch, qui comprend les deux canaux de Wolff et les deux canaux de Muller. Chez la femme, les premiers vont s'atrophier, puis disparaître.

Les canaux de Muller, au contraire, qui, dans le canal de Thiersch, sont en contact intime s'accolent d'une façon de plus en plus étroite, se soudent, et, finalement, se fusionnent en un seul canal (canal de Leuckart) qui va donner l'utérus et le vagin. Mais le septum, reste de la cloison qui, primitivement, séparait ces deux canaux accolés, persiste, en partie, pendant assez longtemps.

Et, déjà, la partie supérieure se creuse alors que l'inférieure reste obstruée par un bouchon épithélial. Un bourrelet circulaire percé d'un orifice central sépare nettement ces deux parties. C'est le futur col qui existe déjà au cinquième mois de la vie utérine. Les parties supérieures du canal de Muller qui ne sont pas comprises dans le canal de Leuckart s'élargissent aussi pour donner naissance aux cornes utérines. On a alors, jusqu'au troisième mois environ, un utérus bicorne en

cœur de carte à jouer; mais, peu à peu, par la soudure des parois internes et leur disparition, le fond utérin se relève. Jusqu'à la naissance, cependant, il persiste fréquemment une dépression qui marque le point de réunion des deux canaux de Muller.

Tous ces canaux ne sont que de simples tubes épithéliaux qui donneront plus tard la muqueuse utérine. Le tissu utérin naîtra, au contraire, du tissu mésodermique qui les entoure.

Mais parfois cette fusion des canaux de Muller s'opère d'une façon anormale, irrégulière soit au point de vue anatomique (donnant alors naissance à des malformations des organes génitaux internes), soit au point de vue histologique, et c'est l'origine des inclusions épithéliales au milieu des éléments mésodermiques qui donneront ce tissu musculaire, inclusions qui seront plus tard l'origine d'adénomyomes ou de kystes utérins. C'est du moins la thèse que défendent Baraban, Claisse et Vautrin.

D'autres inclusions d'origine congénitale venues du parovarium de His, des diverticules du canal de Malpighi-Gartner, ont été signalées par d'autres auteurs.

Toutes ces origines embryonnaires des tumeurs utérines ont été étudiées spécialement par Recklinghausen qui, en 1891, a signalé que « ces éléments épithéliaux peuvent être le point de départ de néoplasmes ». Il signale, en outre, la présence de germes embryonnaires au sein des fibromyomes. D'après lui, tous ces éléments auraient pour origine le corps de Wolff et il faudrait rattacher les tumeurs utérines à deux origines bien distinctes. Celles situées dans la couche périphérique

de la paroi proviendraient du corps de Wolff; au contraire, les interstitielles siégeant sur la paroi antérieure seraient d'origine muqueuse, mais beaucoup plus rares

Kossmann, en 1892, reprend l'étude de ces tumeurs et cherche à démontrer que les inclusions viennent toutes du canal de Muller.

Schekelé, enfin, pense que les principaux points du tractus génital de la femme où l'on peut rencontrer des débris du rein primitif peuvent être également le siège d'adénomyomes. Et il remarque que ces points sont justement la paroi postérieure ou le fond de l'utérus.

Mais, en somme, si toutes ces théories nous permettent de trouver une origine aux inclusions épithéliales que l'on trouve dans les myomes (adénomyomes), elles ne nous permettent pas de donner une raison à leur localisation plus fréquente au fond utérin. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il semble qu'on rencontrerait plus fréquemment ces néoformations au niveau du point de réunion des deux canaux de Muller, en cet endroit que marque presque durant toute la vie utérine la dépression que nous avons signalée.

Mais, d'autre part, nous verrons plus loin que les fibromyomes pédiculés du fond dont nous parlons ici semblent devoir être rattachés, à cause de leur histologie, aux fibromyomes malins de l'utérus, à ces formes que l'on appelait autrefois sarcomes utérins; il est donc impossible de leur attribuer une origine épithéliale. Il nous faut donc maintenant, après avoir exposé les diverses théories sur l'origine des fibromyomes en général et des fibromyomes malins en particulier, nous demander

quelle est celle qui semble le mieux cadrer avec les examens histologiques.

De nombreux auteurs ont voulu expliquer cette origine ; mais deux opinions semblent les résumer toutes : les uns, à la suite de Conheim, considèrent les fibromyomes comme d'origine congénitale ; les autres, avec Vischow, les considèrent comme de nature irritative.

Pour Léopold, par exemple, le traumatisme ou l'inflammation ne peuvent à eux seuls suffire à défaut d'un germe congénital pour expliquer l'origine des fibromyomes utérins.

Pour Klebs et Kleinwachter, au contraire, ils dériveraient des capillaires par émigration de cellules rondes qui, étouffant le vaisseau, se transformeraient en cellules connectives et vasculaires, donnant des faisceaux pleins, nodule primitif du myome. Ratsger et Gottschalk sont du même avis, mais le point de départ serait les petites artères au lieu des capillaires. Pilliet et Costes, dans leur étude sur l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes, se rangent au même avis et font du fibromyome une « maladie primitive du réseau vasculaire utérin ». Nous verrons plus loin, à propos de l'origine des myomes malins, que l'on ne peut plus guère soutenir cette théorie que MM. Bérard et Paviot, dans leur étude sur le cancer du tissu musculaire lisse, n'ont jamais pu vérifier ; pour Labadie, Lagrave, Legueu, pour Claisse, enfin, il faudrait leur attribuer une origine muqueuse que confirmerait la présence d'amas glandulaires dans les fibromyomes utérins.

Et pour cause de ces néoformations tous ces auteurs ont invoqué tour à tour la grossesse, la menstruation,

une infection microbienne. Il est difficile de prendre parti et nous retombons là dans l'inconnu. Il semble cependant qu'aucune de ces hypothèses ne nous permette d'expliquer l'apparition des myomes malins sur le fond-utérin. Mais comme c'est à cette catégorie de néoplasmes qu'il nous faut rattacher ceux que nous étudions, nous allons tâcher de préciser davantage en résumant les idées émises par MM. Paviot et Bérard qui ont apporté dans leur étude des faits nouveaux qui permettront de comprendre plus nettement la formation de ce genre de tumeurs.

Pour eux, trois théories semblent devoir les résumer toutes :

1^o Celle de Vischow, soutenue aussi par Birsh-Hirschenfeld. Le fibromyome malin dériverait du tissu conjonctif du myome primitif. Cette théorie, que Brault a renouvelée en voulant faire du myome une tumeur conjonctive, semble définitivement abandonnée.

2^o Celle de Pilliet et Costès, et, à leur suite, celle de Orth, Pfannenstiel-Amman. Le fibromyome dériverait des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Les faits d'observation sur qui devrait être basée une pareille théorie manquent ; et, comme l'ont fait remarquer MM. Paviot et Bérard, ils n'ont jamais pu retrouver, dans leurs nombreux examens de fibromyomes malins, la disposition concentrique des cellules autour des capillaires, pas plus, d'ailleurs, que la prolifération épithéliale.

3^o Celle, enfin, de Pick, soutenue aussi par V. Kahlén et Williams. Le fibromyome primitif deviendrait malin

par transformation des cellules myomateuses en cellules sarcomateuses. Les examens histologiques permettent de soutenir cette théorie. Mais les deux auteurs que nous citons plus haut font justement remarquer qu'elle explique seulement la transformation des fibromyomes bénins en fibromyomes malins, sans permettre de comprendre l'apparition du fibromyome malin d'emblée et que, d'autre part, il est impossible « de retrouver les cellules mères du myome au sein d'une tumeur souvent volumineuse, ayant complètement dissocié le muscle utérin ». Pour eux, les fibres adultes sont non l'origine mais le résultat de l'évolution des cellules de la tumeur tendant à une forme typique. Il faut donc admettre la possibilité de la transformation directe des cellules du tissu musculaire utérin en cellules sarcomateuses, tout en reconnaissant la possibilité d'une transformation secondaire qu'avait soutenue Pick. Il est bien entendu que le mot sarcome est pris ici dans le sens où l'entendent ces auteurs pour qui « le prétendu sarcome de l'utérus n'est, le plus souvent, qu'une tumeur maligne du tissu musculaire lisse ».

En résumé, cette théorie paraît la plus soutenable, et il semble nécessaire d'admettre la formation directe des fibromyomes malins par les cellules du tissu musculaire utérin avec ou sans l'intermédiaire d'un myome primitivement bénin. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte de théories qui veulent faire remonter à des inclusions épithéliales congénitales l'apparition de pareilles tumeurs. Ces inclusions peuvent peut-être expliquer les amas glandulaires des adénomyomes ou les formations épithéliales rencontrées dans les fibromyomes. Elles

ne permettent pas une explication générale de la formation de ces tumeurs.

Avec la théorie de Conheim, on pourrait bien trouver, dans la persistance de la zone embryonnaire, au point de fusion de la partie supérieure des canaux de Muller, une explication des allures proliférantes, du développement rapide et des caractères de malignité de ces tumeurs. Mais nous avons vu que cette explication ne paraît pas satisfaisante et que ces myomes n'empruntent pas leur caractères à leur tissu d'origine.

Peut-être est-il logique cependant d'admettre que ces fibromyomes malins d'emblée ne prennent des caractères spéciaux qu'en raison de leur point de départ, de leur siège qui imprime à leur évolution une allure un peu singulière. Il semble en tout cas qu'on ne puisse donner une raison certaine de la fréquence de ces localisations au fond utérin. Et peut-être faut-il attendre pour expliquer cette particularité de connaître la cause véritable des tumeurs. Mais nous sommes dans le domaine des hypothèses entre lesquelles parviendra peut-être à choisir la science de demain.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

I. — Caractères macroscopiques

Les fibromyomés pédiculés au fond utérin, ceux du moins qui font l'objet de cette étude, se présentent avec des caractères macroscopiques suffisamment constants pour qu'il soit possible d'en tenter une description.

Ces caractères tiennent probablement à la rapidité du développement de la tumeur, et cela en raison de sa malignité. Celle-ci, en effet, part, évolue rapidement, se pédiculise sur le fond, n'ayant pas le temps, pour ainsi dire, de faire sa place dans le corps utérin. Une fois extériorisée, pédiculisée, elle évolue avec ce caractère de prolifération active qui aboutit à la production de tumeurs volumineuses, tantôt irrégulières avec excroissances multiples ressemblant aux tubercules d'un topinambour; tantôt plus ou moins sphériques avec grandes ou petites cavités pseudo-kystiques. Il est même assez curieux de voir ce pédicule étroit muni de vaisseaux assez puissants pour assurer la vitalité de ces énormes tumeurs.

Comme nous venons de le dire, cette grosse masse néoplasique est reliée au fond utérin par un pédicule plus ou moins long et plus ou moins large. L'utérus reste, en général, petit. Ce que nous venons de dire de leurs proliférations rend toute description difficile. Ces myomes peuvent remplir le bassin entier d'une masse multilobulée, s'étendant des culs de sac aux hypochondres; souvent ces tumeurs sont reliées au péritoine ou à la paroi par des pédicules ou de larges adhérences (observation de MM. Violet et Alamartine).

Le volume variable peut aller de la grosseur d'une tête fœtale à celle d'une tête d'adulte. Mais on peut en trouver d'énormes (26 livres dans l'observation ci-dessus citée).

Ces tumeurs se présentent avec des colorations variables: tantôt blanc mat, tantôt rouge ou jaune semées, par endroits, de points hémorrhagiques. De grosses veines sillonnent parfois leur surface en tous sens. La consistance est variable; elle peut, d'ailleurs, être modifiée par l'apparition de nombreuses cavités pseudo-kystiques; mais, en général, elle est plutôt dure avec, par endroit, des points plus mous.

Si l'on fait une coupe de ces tumeurs, la surface de section nous apparaît encore avec des caractères bien particuliers. Au milieu d'une substance qui semble molle transparente, homogène, s'imbriquent et s'entrecroisent dans des divers sens des faisceaux de fibres blanches et c'est surtout dans les points à consistance ferme signalés plus haut que l'on trouve cette disposition.

Dans les autres, le tissu plus mou prend l'aspect

« myxoïde ». On trouve enfin, comme nous l'avons dit, des pseudo-kystes dont le volume est fort variable pouvant aller d'un très petit volume (Géodes de Curveilhier) à celui d'une tête d'adulte. La paroi de ces kystes a le même aspect que le reste de la tumeur. Un liquide tantôt citrin, tantôt hémorrhagique, les remplit. Enfin, la surface elle-même de la tumeur peut être semée de petits pseudo-kystes transparents, jaunes ou bruns foncés dont le volume va de celui d'un pois à celui d'une figue. Leur consistance est mollassse.

II. — Caractères histologiques

Des nombreux examens histologiques qui furent faits à propos de ces tumeurs, dans le service de M. le Docteur Albertin, il ressort bien nettement qu'il s'agit là de fibromyomes malins de l'utérus (appelés autrefois et improprement sarcomes de l'utérus). Il nous a donc semblé, pour pouvoir faire une étude un peu précise de l'histologie de ces myomes du fond, devoir compléter les renseignements fournis par ces examens au moyen de travaux où ils sont étudiés. Nous avons donc fait pour la rédaction de ce chapitre de larges appels au « Traité d'anatomie pathologique » de M. Tripier, à l'article si intéressant sur le cancer du tissu musculaire lisse, de MM. Paviot et Bérard, paru dans les « Archives de Médecine expérimentale » (1897). Enfin, à la thèse de Villard, dans laquelle il étudie d'une façon plus générale les myomes malins de l'utérus.

En étudiant les coupes faites en divers points de la

tumeur, on remarque qu'à un faible grossissement elles présentent un aspect général bien particulier. Les faisceaux imbriqués, dont la coupe macroscopique nous avait fait parler plus haut, sont, en effet, rencontrés par la coupe suivant deux directions qui sont perpendiculaires et leur surface de coupe est donc longitudinale ou transversale. De là, leur aspect histologique bien différent. Les faisceaux musculaires sectionnés suivant un plan perpendiculaire à leur longueur apparaissent, en effet, sous forme de petits cubes dont le milieu peut être occupé par un point fortement coloré, le noyau. Mais celui-ci peut être absent suivant la hauteur du plan de section. Ces cercles sont jetés çà et là au milieu des faisceaux de fibres que la coupe a sectionnés longitudinalement qui, eux, se présentent en groupes, bandes ou faisceaux. Leurs noyaux sont évidemment parallèles. Ces faisceaux de fibres s'entrecroisant laissent entre eux des espaces aux formes variées. « Les fibres peuvent être volumineuses et former des inflexions ainsi que des tourbillons à grand rayon, mais on remarque toujours la disposition très irrégulière des fibres musculaires nouvellement produites qui tendent constamment à former des amas arrondis plus ou moins volumineux où les faisceaux de fibres sont enchevêtrés irrégulièrement. Toutefois, les fibres de la périphérie paraissent, en général, plus volumineuses et plus larges que celles du centre et les fibres qui passent d'un amas à l'autre, en les reliant, offrent les dispositions les plus variables. Les faisceaux coupés obliquement ou perpendiculairement présentent alors des fibres qui peuvent donner l'aspect de cellules fusiformes ou ron-

des, avec lesquelles il ne faut pas les confondre. Ce sont les transitions entre les divers états suivant les conditions dans lesquelles les faisceaux ont été coupés qui permettent une interprétation exacte sans admettre la présence de cellules d'une autre nature qui n'existent pas. » (Tripiër.)

Si l'on examine maintenant ces coupes à un grossissement plus fort, on voit que les faisceaux musculaires sont situés au milieu d'une substance hyaline, se confondant en général avec le protoplasma cellulaire. Cette substance est plus ou moins abondante suivant le développement du myome. Son abondance crée l'aspect myxoïde. Elle est rare dans les parties dures dont nous avons déjà parlé.

Les faisceaux musculaires n'ont jamais une structure identique à celle des faisceaux du tissu normal et ils en sont d'autant plus éloignés que les néoformations sont plus rapides et plus abondantes. On les retrouve avec des formes typiques ou atypiques et nous allons tâcher d'en donner maintenant une description.

Si l'on examine un faisceau de la forme typique sectionné longitudinalement, il se présente avec un protoplasma grenu ou légèrement strié en long, coloré diversement, suivant le colorant. Les faisceaux coupés transversalement se présentent, au contraire, sous la forme de deux cercles concentriques dont l'interne peut ne pas exister.

Lorsque les fibres musculaires prennent une forme atypique, le corps cellulaire peut s'éloigner de plus en plus de la forme normale de la fibre. On peut en rencontrer de courts, épais et trapus; d'autres prennent

même la forme de cellules rondes sans caractères ou de cellules étoilées.

« Sur une préparation, on peut voir tous les intermédiaires entre la cellule ronde la plus atypique et le fuseau le plus net » (Paviot-Bérard).

Le noyau peut apparaître diversement. Tantôt fusiforme ou ovale, il peut devenir rond, irrégulier, réniforme. Certains auteurs ont même signalé des cellules avec des formes de karyokynèse, de noyaux à circonférence énorme, des cellules volumineuses à noyau multiloculé. Mais aucune explication n'a été donnée jusqu'ici sur la formation de ces cellules géantes. Dans le protoplasma lui-même, on a vu des masses colorables de dimensions variables, tantôt sous forme de petits corpuscules hyalins ou de petites vacuoles situées aux extrémités des fuseaux cellulaires, tantôt plus volumineuses et situées au centre de la cellule dont elles refoulent le noyau. Leur nature a été très discutée. Peut-être s'agit-il de la dégénérescence hyaline (signalée par Recklinghausen).

Nous avons déjà signalé, plus haut, l'existence entre les cellules d'une substance plus ou moins abondante; mais, quel que soit le grossissement employé, on ne trouve pas de stroma conjonctif et les cellules sont intimement accolées les unes aux autres. Seul le voisinage des vaisseaux renferme du tissu fibreux. Ces derniers sont rares. Ils se présentent généralement comme des vaisseaux normaux avec endothélium distinct. On aperçoit nettement la double couche musculaire des artères entourées d'un anneau conjonctif. Les veines semblent des pertes de substance de la masse.

Quant aux points « myxoïdes », il ne faut pas voir dans cette appellation une analogie quelconque avec du tissu muqueux embryonnaire. Ils n'ont, d'ailleurs, rien de permanent et sont sans cesse remaniés, envahis par les cellules de la tumeur. Il n'y a pas là non plus une dégénérescence, mais une preuve de l'accroissement de la tumeur.

« Ce tissu mucoïde ou pseudo-kystique se rencontre sous deux formes: dans la première, il existe un tissu fondamental, soit anhiste, soit granuleux, avec une grande quantité de fibres ou de fibrilles de nature conjonctive intriquées, laissant entre elles les espaces larges dans lesquels sont des cellules rondes ou ovales, quelques-unes étoilées aux points de convergence de ces fibres; dans la seconde, le tissu est vraiment mucoïde, contenant de rares cellules rondes qui esquissent à peine des prolongements protoplasmiques, mais sans fibrilles conjonctives. » (Paviot et Bérard.)

Pour ces auteurs, les deux formes ont une évolution distincte. La première donne les « points où le tissu conjonctif en stries parallèles se mélange à parties égales au tissu musculaire ». La deuxième à ceux où « les fibres cellules apparaissent autour des vaisseaux envahissant de là le tissu mucoïde sans interposition de formations conjonctives ». Pour eux encore, « la portion myxoïde est constituée par des traînées ou des îlots fibrillaires de premier ordre, dans lesquels apparaissent des cellules réduites à leur noyau ».

Les portions de la tumeur qui entourent ces îlots, de même que la paroi des cavités kystiques, présentent la même structure que les parties solides de la tumeur.

La surface interne de ces pseudo-kystes est dépourvue d'endothélium. Les vaisseaux abondants peuvent donner des hémorrhagies.

En somme, il faut voir dans ces fibromyomes pédiculés sur le fond utérin des tumeurs qui doivent rentrer dans le cadre plus général du myome malin de l'utérus (cancer du tissu musculaire lisse de l'utérus, décrit autrefois sous le nom de sarcome).

CHAPITRE III

I. — Symptomatologie. Evolution clinique

La symptomatologie des fibromyomes de l'utérus, avec les caractères bien spéciaux qu'elle présente pour les fibromyomes pédiculés au fond utérin, a été faite tant de fois qu'il nous paraît inutile d'y revenir longuement. Nous la résumerons donc assez rapidement.

Les trois grands symptômes des fibromyomes utérins sont les métrorrhagies, la douleur, la leucorrhée.

Les métrorrhagies, si fréquentes dans les tumeurs sous-muqueuses ou mêmes interstitielles, sont relativement rares dans les fibromyomes sous-péritonéaux, et par conséquent dans les fibromyomes pédiculés sur le fond utérin. Ces derniers pourraient donc facilement passer inaperçus si d'autres symptômes ne venaient attirer l'attention.

Nous n'insisterons pas non plus sur la leucorrhée ou l'hydrorrhée qui ne présente pas de caractères bien particuliers. On sait, d'autre part, que les phénomènes douloureux tiennent à des causes fort diverses tantôt dues à une sensibilité spéciale de la tumeur, tantôt dues à des lésions locales ou à des adhérences. Elles ne per-

mettent guère de préjuger de la localisation du fibromyome, pas plus d'ailleurs que de sa malignité.

Il n'y a pas lieu non plus de s'arrêter très longuement sur un autre caractère qui est, d'ailleurs, moins un symptôme qu'une complication. Nous voulons parler des divers phénomènes de compression signalés tour à tour du côté de l'urèthre ou de la vessie, marqués par des difficultés de la miction par de l'incontinence d'urine, du côté des uretères pouvant alors provoquer l'apparition d'une hydronéphrose avec tous ses caractères cliniques bien connus. Une constipation opiniâtre révélera la compression du rectum, des signes d'occlusion intestinale celle des anses intestinales ; cette dernière, plus fréquente peut-être à cause des nombreuses adhérences si souvent signalées. Enfin, aux compressions des gros troncs veineux abdominaux répondront des troubles divers : œdèmes, varices, phlébites ; à celles des troncs nerveux : des névralgies dans le territoire du sciatique et du crural.

Mais c'est en somme aux fibromyomes interstitiels ou sous-muqueux que semblent plus particulièrement appartenir ces phénomènes de compression. Ils donnent des tumeurs basses. Au contraire, les fibromyomes pédiculés sur le fond utérin se faisant facilement leur place dans l'abdomen donnent des tumeurs hautes, facilement mobilisables, et dont la mobilisation spontanée est souvent perçue par la malade elle-même. Les compressions sont plus rares.

Par contre, il semble que les formes que nous étudions ici soient marquées plus souvent par des complications particulières et par des phénomènes généraux.

On peut observer alors des troubles cardiaques de forme et d'intensité variables ; des palpitations, un essoufflement au moindre mouvement, des bruits de souffle surtout à droite, caractérisent ces troubles que relèvent à la fois de l'anémie, des modifications apportées par la tumeur à la circulation générale, des lésions rénales, enfin de la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque. On peut voir aussi des troubles pulmonaires avec cyanose et dyspnée dont un facteur important est le refoulement du diaphragme par la tumeur.

Enfin, la cachexie peut s'observer. Elle est souvent précoce dans les formes à développement rapide. Elle peut apparaître aussi vers la fin de l'évolution du myome malin.

En somme, il ne semble pas que la symptomatologie fonctionnelle permette de préciser d'une façon absolue l'existence d'un fibromyome. Tous ces renseignements doivent être confirmés par le toucher, mais pour les fibromyomes étudiés ici, même alors, le diagnostic reste parfois imprécis ; la tumeur très mobile ne transmet pas ses mouvements à l'utérus et souvent un fibromyome pédiculé peut être confondu avec un kyste de l'ovaire.

II. — La malignité relative et la malignité vraie des Fibromyomes pédiculés sur le fond utérin

La malignité relative des fibromyomes du fond utérin, et nous entendons ce mot dans le sens de gravité clinique sans préjuger de la nature anatomo-pathologique de la tumeur, semble à la fois fonction du volume de la tumeur et de sa pédiculisation.

Il faut, d'ailleurs, distinguer les cas rares où l'on a à faire à de petites tumeurs pouvant rester longtemps inaperçues et les cas, au contraire, plus fréquents où de grosses tumeurs mal tolérées inquiètent la malade et l'amènent à venir consulter. Irritant la vessie par leur volume, elles donnent naissance à tous les troubles de compression que nous avons étudiés plus haut ; elles sont la cause de tiraillements douloureux, de sensation de pesanteur. Des adhérences manifestent souvent la réaction de la séreuse péritonéale et peuvent devenir considérables dans les fibromyomes anciens. Parfois trouvaille opératoire, elles sont d'autrefois l'origine de phénomènes douloureux, d'occlusion intestinale plus ou moins marquée. Elles rendent toujours l'hystérectomie laborieuse, et font courir des risques graves de blessure intestinale ou artérielle, menaçant aussi l'uretère dont elles changent parfois, dans de notables proportions, les rapports anatomiques.

La pédiculisation de ces tumeurs ajoute aussi à leur gravité. Les vaisseaux qui traversent ce pédicule sont, en général, volumineux et suffisent à nourrir le fibromyome, mais parfois aussi peu volumineux, ils n'assurent alors qu'une nutrition insuffisante.

La torsion ou la rupture fréquente de ce pédicule arrêtent aussi la circulation de la tumeur et provoquent l'apparition de points gangréneux, à moins que les adhérences signalées plus haut soient suffisamment nombreuses et suffisamment vascularisées pour constituer au néoplasme comme une nouvelle pédiculisation. Fréquemment, à la suite de ces accidents, on a décrit des cavités nécrobiotiques dans les tumeurs pédiculées du fond utérin, spécialement dans les gros fibromyomes pédiculés (obs. XXI). Ces derniers deviennent énormes jusqu'à remplir tout l'abdomen avec un pédicule très souvent peu considérable et souvent alors on trouve dans leur épaisseur des troubles vasculaires intenses commandés par la stase veineuse et lymphatique. Le docteur Albertin a, lui-même, étudié « le sphacèle et la suppuration larvée des myomes comme une complication insidieuse et souvent méconnue et grave. »

En général cependant cette nécrose est rare. L'asepsie du milieu péritonéal rend l'infection difficile. Il faut faire intervenir alors une infection d'origine sanguine ou lymphatique, ou une infection se propageant par les adhérences avec les organes voisins (intestin, appendice enflammé et rempli de pus, trompes purulentes, etc.). Ces foyers de gangrène sont graves par leur tendance à s'ouvrir et, s'ils ne sont pas limités à

temps par des adhérences péritonéales, ils sont la cause d'une péritonite généralisée dont on sait la gravité. Si les adhérences ont eu le temps de s'établir on a seulement affaire à une péritonite localisée. Ils peuvent, d'autre part, s'ouvrir dans les cavités voisines, vessie, rectum et même à la paroi abdominale ; mais ce sont là des évolutions fort rares sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister longuement.

Mais au point de vue clinique, la gravité de ces fibromyomes, due à leur volume ou à leurs complications, reste moins importante que leur malignité vraie. Pour affirmer cette dernière, il semble qu'on doive, tout d'abord, tenir compte de la rapidité d'accroissement et d'évolution de la tumeur utérine. Deux cas doivent faire songer à un fibromyome malin ; c'est premièrement lorsqu'une tumeur restée méconnue se développe avec rapidité et en second lieu, quand une tumeur dont l'accroissement était jusque-là demeuré progressif et lent, augmente rapidement, prend un volume considérable qui s'accompagne à peu près toujours de phénomènes de compression et de douleurs dans les membres inférieurs. Tous les autres symptômes sont trop communs à tous les autres fibromyomes utérins et ne permettent guère d'affirmer cette malignité. La cachexie elle-même perd toute valeur par son inconstance. M. le professeur Tripier a pourtant signalé un caractère important lorsqu'on peut le constater. Pour lui « toute tumeur fibromyomateuse utérine qui présente des points myxoides imbibés de sérosité ou de mucine au point de donner à l'examen la sensation de flot et de présenter à la coupe des surfaces tremblotantes analogues à la gela-

fine à demi-coagulée n'est pas, suivant l'opinion classique, une tumeur en régression par dégénérescence, mais une tumeur qui s'accroît, soit en conservant son caractère primitif, soit en évoluant vers un stade plus malin du myome. » On peut donc, avec raison, et c'est aussi l'avis de MM. Paviot et Bérard, faire de la fluctuation de fibromyomes utérins, un signe de malignité relative et s'autoriser de sa constatation pour conseiller leur ablation.

Mais dans quel sens faut-il entendre cette malignité que tout cet ensemble de symptômes nous permet d'affirmer. Il faut l'admettre dans le sens absolu où l'entendent les anatomo-pathologistes et voir dans ces tumeurs « des tumeurs donnant par elles-mêmes des troubles graves conduisant à la mort. Elles peuvent aussi être malignes parce qu'elles envahissent les tissus et les organes voisins ou se généralisent à des tissus éloignés. Elles peuvent l'être encore parce qu'elles se développent avec rapidité et récidivent après ablation ». (Bériel.)

Extension, généralisation, développement rapide et récurrence, voilà donc quels caractères permettent d'affirmer la malignité anatomique d'une tumeur. Les deux premiers caractères n'ont aucun rapport avec la structure histologique et seule l'observation des limites anatomiques de la tumeur permet de l'affirmer. Les autres, au contraire, dépendent tout au moins dans une certaine mesure de la structure qui peut être typique ou atypique. Ils peuvent être appréciés à l'examen en utilisant les détails de structure et en tenant compte des habitudes histologiques du tissu primitif.

L'extension des fibromyomes du fond utérin est rare. Ces tumeurs, séparées en effet du tissu utérin par un pédicule étroit, restent le plus souvent indépendantes, vivent d'une vie propre et n'envahissent pas le corps ou le col.

L'étude des observations publiées dans les diverses études faites sur le fibromyome malin de l'utérus permet d'affirmer leur généralisation fréquente, mais les auteurs ayant négligé souvent de préciser l'insertion exacte du myome sur l'utérus, on ne peut pas en faire un caractère particulier des fibromyomes pédiculés au fond et les distinguer par là des autres fibromyomes malins de l'utérus. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que le fibromyome malin est susceptible de se généraliser et qu'on a constaté de nombreuses métastases dans tous les organes, dans le foie, la peau, les os, les muscle, le diaphragme, l'épiploon, les reins, l'estomac, le cœur et le poumon (obs. XVII) ; toujours les études histologiques ont permis de retrouver dans ces noyaux de métastases la fibre lisse, preuve de l'origine et signature de la généralisation du fibromyome primitif.

Il reste entendu que toutes ces métastases peuvent donner lieu à des symptômes divers, mais inconstants, suivant leur localisation. Souvent trouvailles opératoires ou d'autopsie, elles se révèlent d'autres fois par de la dyspnée plus ou moins intense, des pleurésies, de la toux avec ou sans signes stéthoscopiques, des douleurs musculaires ou sur les grands trajets nerveux, enfin par des phénomènes de paralysie ou de paraplégie.

Le développement rapide de ces tumeurs est souvent

constaté et nous signalerons par exemple l'observation de MM. Violet et Alamartine où la tumeur, qui grossissait depuis trois ans, se développe finalement durant les derniers six mois, avec une telle rapidité qu'elle arrive à atteindre le poids de 26 livres.

Enfin leur récurrence est indiscutable, tantôt locale, au point d'insertion du fibromyome (obs. n° I, n° XXII), tantôt dans un autre organe. « On a signalé des noyaux se développant sur des fibromes s'établissant à leur place après extirpation facile ou difficile et récidivant soit lentement, soit rapidement sur l'utérus et même sur les autres organes. » Et cette importance de la récurrence est telle qu'elle semble indiquer la nécessité d'une opération plus large et moins conservatrice que le serait la myomectomie. C'est, en effet, après une myomectomie que le docteur Albertin a vu récidiver un fibromyome chez la malade que nous citons ci-dessus, récurrence qui ne s'est jamais produite dans les cas où il s'était décidé à l'hystérectomie (obs. I).

Il semble en tout cas que les récurrences des fibromyomes malins, même de ceux pédiculés sur le fond utérin, soient plus rares que celles des autres tumeurs néoplasiques. Mais sans doute faut-il tenir compte pour juger de la question de la fréquence des interventions, surtout avec hystérectomie totale et de l'indépendance marquée des fibromyomes utérins. Cependant, répétant ce que nous disions plus haut, à propos du rapprochement à faire entre tous les fibromyomes malins de l'utérus, quelles que soient leurs insertions, on ne peut attribuer de caractères particuliers à ceux du fond. Il

semble tout naturel, d'ailleurs, qu'ils aient une évolution semblable puisqu'ils peuvent tous rentrer dans le même cadre clinique.

Et si l'on envisage alors l'ensemble des fibromyomes utérins, on voit que, fréquemment des récidives ont été signalées dans de nombreuses observations (Tripier, Condamin-Langherans).

De cette étude des fibromyomes pédiculés sur le fond utérin, il ressort donc qu'on doit les considérer comme des tumeurs malignes sans qu'on puisse leur attribuer des caractères différents qui seraient dus à leur point d'insertion. C'est leur caractère histologique qui semble commander leur évolution sans qu'on puisse tirer quelque renseignement du point de leur apparition.

CHAPITRE IV

Indications thérapeutiques

Le point de départ de ce travail qui, commencé par M. le docteur Albertin, a été résumé par nous, est une observation où ce chirurgien, ayant fait une myomectomie pour un fibromyome, qu'il crut bénin (fibrome banal) pédiculisé sur le fonds de l'utérus, il eut la surprise de voir revenir sa malade présentant une récurrence de sa tumeur avec généralisation au bassin et dans des conditions telles qu'il la déclara inopérable (Obs. I):

D'une telle récurrence semble découler nettement l'indication thérapeutique et, en pareil cas, il ne faut pas s'en tenir à la myomectomie, pas même à l'hystérectomie subtotale, mais il faut faire une castration par hystérectomie totale.

Est-ce à dire que l'on doive considérer comme malins par définition tous les fibromyomes implantés ou pédiculisés sur le fond utérin. Une telle affirmation serait fort inexacte et c'est au chirurgien à conclure s'il a les éléments, à la bénignité, à modifier sa conduite, d'après les conditions opératoires et d'après les indications particulières qui peuvent exister (jeune âge de la malade, possibilité et désir d'une grossesse) et à avoir recours alors à la myomectomie, mais en ayant

soin, toutefois, de surveiller chez une telle malade les suites opératoires éloignées.

Mais il doit être averti et ce sera peut-être, nous le souhaitons, le résultat de notre étude, que ces fibromyomes partis du fond de l'utérus peuvent être malins, récidiver avec des allures telles qu'une opération itérative ne serait plus possible. Ceci dit pour des tumeurs vues au début de leur évolution.

Mais lorsque ces tumeurs ont acquis les caractères définitifs, il n'y a plus d'hésitation possible et c'est à la castration par hystérectomie totale qu'il faut avoir recours. Et cette indication sera nettement précisée toutes les fois que l'on aura à faire à un fibromyome utérin pédiculisé sur le fond ayant présenté un accroissement rapide, ayant parfois déterminé des symptômes généraux. Il y aura lieu de penser alors que l'on a à faire à un fibromyome malin ou qui va le devenir. Si, d'autre part, l'examen a pu faire constater la présence de points fluctuants ou si ces derniers sont trouvés pendant l'opération, il sera nécessaire, la malignité étant ainsi confirmée, de songer à une intervention plus large que dans le cas du fibromyome bénin.

En se décidant alors à une hystérectomie totale avec castration, on élimine d'emblée et autant qu'il est possible, toutes les chances de récurrence et c'est sans doute dans des interventions ainsi comprises qu'il faut voir la raison de la rareté des récurrences des fibromyomes malins de l'utérus (quel que soit d'ailleurs leur point d'insertion) par rapport aux récurrences des tumeurs malignes des divers tissus.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. le D^r ALBERTIN.)

P..., 41 ans; 23 juin 1905. La malade rentre pour des troubles gastro-intestinaux. Elle accuse, en outre, de la pollakiurie et des pertes blanches très abondantes.

A l'examen, on sent une tumeur du volume de deux poings, mobile, perçue à la palpation entre le pubis et l'ombilic. On diagnostique un fibrome pédiculé, et l'intervention a lieu le 28 juin 1905 (D^r Albertin). Trouvant l'utérus de volume normal, les annexes indemnes, il sectionne le pédicule d'implantation sur le fond utérin et enfuit la tranche de section sous une suture péritonéale par adossement. Guérison sans incident.

Deux ans après (1907), la malade revient avec une récidue sous forme de tumeur sus-pubienne, adhérente à la cicatrice abdominale, et s'étalant dans le bassin. Le toucher montre une infiltration du pelvis, avec immobilisation de l'utérus. Il existe des troubles vésicaux, dysurie, ténesme, urines troubles. La malade refuse une nouvelle intervention.

C'est cette observation qui a attiré l'attention sur la malignité possible et probable des fibromyomes implantés sur le fond de l'utérus, avec développement rapide, et capables de récidiver et de diffuser en cas d'ablation incomplète par myomectomie.

OBSERVATION II

(M. le D^r ALBERTIN.)

D..., 41 ans. Antécédents héréditaires normaux. Rougeole dans la première enfance. Réglée à 21 ans, régulièrement. Pas de grossesse. Pas de fausses couches.

Depuis très longtemps, la malade souffrait au moment de ses règles, mais les douleurs ne persistaient pas dans l'intervalle.

20 juillet 1904. — Il y a quinze jours, les douleurs augmentèrent, s'accompagnant de céphalée et de vomissements le matin. Quatre jours avant l'entrée à l'hôpital, la malade fut prise pendant la nuit d'un malaise subit, avec coliques terribles, sueurs profuses, vomissements. La crise cessa au bout de quatre heures. Mais depuis la malade a continué à souffrir.

A l'examen, on fait le diagnostic de grosse tumeur un peu pédiculée, remplissant le bas-ventre et remontant jusqu'à l'ombilic. Urines claires sans albumine.

A l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide hémorrhagique légèrement jus de pruneaux. On assèche avec des tampons et on désenclave le fibrome, qui apparaît entouré d'une demi-couronne d'adhérences épiploïques avec vaisseaux très développés d'un volume supérieur à celui de la radiale (tête de Méduse). Résection des adhérences et ligature. Ablation du fibrome par section de son pédicule, qui s'insère sur le fond utérin, pour se débarrasser de la tumeur, puis hystérectomie supra-vaginale. Hémorrhagie ancienne au niveau du cul-de-sac de Douglas et en avant du ligament large gauche. Caillots organisés et fixés sur le péritoine qui, après ablation des caillots, reste dépoli. Le foyer hémorrhagique du cul-de-sac de Douglas et celui situé en avant du ligament large paraissent s'être produits au moment de la crise signalée dans l'histoire de la malade, par déchirure des adhérences épiploïques. La tumeur pèse 1.100 grammes. Sortie guérie, le 19 août 1904.

OBSERVATION III

(M. le D^r ALBERTIN.)

Ch..., 45 ans. Entrée le 15 octobre 1910. Pas d'antécédents pathologiques. Pas de grossesses, pas de fausses couches. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Depuis un an, les règles sont devenues irrégulières et moins abondantes qu'auparavant. Elles ne durent plus qu'un jour. Aucune perte rouge entre les règles. Pertes blanches sans caractère particulier au moment des règles.

La malade souffre du ventre, mais les douleurs ne sont pas continuelles; elles siègent surtout dans la fosse iliaque droite et se présentent sous la forme de coliques, durant une heure ou deux, puis disparaissent pour quelques jours. Constipation opiniâtre. Après les repas, elle se plaint d'une sensation de barre au creux épigastrique. Mictions fréquentes surtout la nuit (deux ou trois fois).

A l'examen. — Col conique normal. Annexes non perçues. Le toucher permet de sentir une volumineuse tumeur abdominale, dure, irrégulière, assez mobile, franchement abdominale, ne paraissant pas faire corps avec l'utérus. La malade s'en était aperçue, il y a une dizaine d'années.

21 octobre : *Intervention.* (D^r Albertin). — Fibrome de forme presque cylindrique, couché transversalement, pédiculé par son milieu au fond utérin. A ce niveau, compris dans le pédicule, on trouve un noyau fibromateux de la grosseur d'une cerise; sur la face antérieure de l'utérus, se trouvent trois petits fibromes pédiculés gros comme des pois. L'ovaire est kystique. Castration et hystérectomie subtotale. Péritonisation et fermeture de la paroi.

31 octobre. — On enlève les agrafes. La malade a un peu de rétention urinaire. La température oscille autour de 38°, mais paraît due à une pyodermite de la région fessière. Rien d'anormal au toucher.

OBSERVATION IV

(M. le D^r ALBERTIN.)

D..., 35 ans. Entrée le 14 mars 1912. Depuis un an, elle s'est aperçue d'une tumeur abdominale pouvant, au début, se déplacer d'un flanc à l'autre. Cette tumeur s'est accrue très rapidement. Les mictions étaient fréquentes. La menstruation douloureuse, prolongée.

Intervention (D^r Albertin). — On tombe sur une volumineuse tumeur implantée sur le fond utérin (fig. I). La tumeur est solide, mais elle présente de nombreux pseudo-kystes de différentes grosseurs. Castration et hystérectomie totale. Guérison sans incident.

OBSERVATION V

(M. le D^r ALBERTIN.)

D..., 44 ans. Entrée le 20 mai 1912. Antécédents personnels et héréditaires normaux. Ni enfant, ni fausse-couche. Réglée régulièrement. Les règles sont peu abondantes, non douloureuses. Depuis l'hiver 1911, la malade se plaint de douleurs abdominales qui ne sont pas continuelles.

A l'examen, on sent une volumineuse tumeur du volume d'une tête fœtale immobile, et l'on pense à un fibromyome pédiculé.

Intervention (D^r Albertin), 22 mai 1912. — On trouve un énorme fibromyome implanté sur le fond utérin; la tumeur présente en un point un énorme pseudo-kyste contenant de la sérosité. On pense à un myome malin. Castration et hystérectomie totale. Guérison sans incident.

OBSERVATION VI

(M. le D^r ALBERTIN.)

C... 45 ans. Entrée le 6 novembre 1917, pour une tumeur abdominale avec troubles gastriques. Les mictions sont fréquentes, douloureuses. Métrorrhagies.

Intervention (D^r Albertin). — On trouve un fibromyome pédiculé sur le fond utérin (fig. 3). Castration et hystérectomie totale. Guérison sans incident.

OBSERVATION VII

(M. le D^r ALBERTIN.)

P..., 38 ans. Entrée le 17 mai 1911. Pas d'antécédents pathologiques. Un enfant, il y a douze ans. Réglée tous les 25 jours. Règles peu abondantes, non douloureuses. Envies fréquentes d'uriner.

Intervention, 19 mai 1911 (D^r Albertin). — Hystérectomie abdominale totale. On trouve un gros fibrome sous-péritonéal mobile et pédiculé sur le fond utérin. Examen histologique. Sur les coupes du fragment envoyé, on ne retrouve pas la muqueuse, mais on note un aspect myomateux des éléments musculaires. Les fibres sont très nombreuses, plus petites qu'à l'ordinaire, très pressées les unes contre les autres dans un stroma hyalin assez peu abondant, orientées enfin dans différents sens et dans des plans divers. Tous ces caractères paraissent indiquer que le myome a un développement rapide.

OBSERVATION VIII

(M. le D^r ALBERTIN.)

C..., 39 ans. Entrée le 3 juin 1913. Père mort d'affection inconnue. Mère morte à 42 ans, asthmatique. Deux frères et une sœur en bonne santé. Mari bien portant; ni enfant ni fausses-couches. La malade a eu plusieurs érysipèles de la face.

Il y a dix ans, elle a ressenti des douleurs à l'hypogastre et dans la région lombaire gauche. En même temps, elle a eu des pertes blanches empesant le linge. Cet état dura trois mois environ. Il y a un mois, douleurs lancinantes dans l'hypogastre et dans les reins; pertes blanches. Les règles, qui étaient auparavant régulières, ne sont pas venues depuis le 4 avril.

Le ventre a grossi beaucoup depuis un mois. Au mois de mai, à la suite d'une purgation, la malade a eu une hémor-

rhagie rectale assez abondante, qui s'est arrêtée à la suite d'un lavement chaud.

Pas de constipation. Rien du côté des seins. Depuis un mois, les digestions sont pénibles. Mictions normales. Urines : pas d'albumine.

A l'examen. — Col ramolli, très ouvert. Les bords de l'ouverture sont déchiquetés, surtout vers la lèvre postérieure. Ce col subit les mouvements que l'on communique à la masse, qui remonte au-dessus de l'ombilic. Cette masse est très dure, ovoïde. Elle fait saillie dans le Douglas et dans les culs-de-sac latéraux, mais elle est néanmoins très mobile. On la sent uniformément dure, sans points qui aient une consistance particulière.

10 juin 1913 : *Intervention* (D^r Albertin). — Hystérectomie totale. On tombe sur un utérus gravide, qui est porteur d'une masse de la grosseur d'une tête d'adulte, pédiculée sur son fond, arrondie à son extrémité, recourbée sur elle-même, très vascularisée, très dure. La vessie est ouverte à sa corne droite, on la suture à deux plans. Réfection de la paroi. Le fibrome est volumineux, à développement rapide.

23 juin. — Pendant cinq à six jours, les urines s'écoulaient par le vagin, malgré la sonde à demeure. Puis elles se sont arrêtées de couler et, de nouveau, trois jours après l'ablation de la sonde, elles ont passé par le vagin.

1^{er} juillet. — Après ablation de la sonde, légère fistule vésicale. On remet la sonde.

25 juillet. — La sonde a été enlevée et la malade ne perd plus debout.

27 juillet. — La malade sort guérie.

OBSERVATION IX

(M. le D^r ALBERTIN.)

S... Eugénie, 44 ans. Entrée le 4 février 1914. Antécédents héréditaires et personnels normaux. Réglée à 14 ans, régulièrement.

Il y a quinze jours, la malade présenta de la rétention d'urine qui nécessita un cathétérisme évacuateur. Inquiète, la malade

vient à la consultation. Pas de pertes blanches. Pas d'hémorragies. Depuis quelques années, elle se plaint de quelques douleurs vagues dans le petit bassin et la région lombaire, qui ne l'obligent pas à interrompre ses occupations. Actuellement, les douleurs sont plus vives, irradiées aux cuisses. Pas de troubles digestifs. L'appétit est diminué; pas d'amaigrissement. Affaiblissement léger. Constipation habituelle. Pollakiurie et polyurie habituelles; pas de douleur à la miction.

A l'examen. — On sent une tumeur dure, très facilement mobilisable, remontant à 3 centimètres de l'ombilic et occupant presque toute la largeur de l'abdomen. Au toucher : le doigt est arrêté par un plan dur, résistant, qui est le fond de la tumeur. En insinuant le doigt par côté, on ne sent pas le col, qui doit être très effacé. L'exploration des culs-de-sac est difficile.

Les mouvements sont transmis intégralement par la masse abdominale aux doigts vaginaux.

Intervention : 11 février 1914 (D^r Albertin). — Après laparotomie, on trouve une tumeur maligne violacée développée aux dépens du fond de l'utérus et basculée en arrière dans le Douglas. Le pédicule comprend de grosses veines de la grosseur du doigt, rendant l'hémostase difficile. Section du pédicule et ablation de la tumeur, puis, castration et hystérectomie totale. Hémostase. Péritonisation. Pas de drainage.

3 mars 1914. — La malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION X

(M. le D^r ALBERTIN.)

J..., 11 mars 1914. — Antécédents normaux; pas d'enfants, pas de fausses couches. Les règles sont supprimées depuis un an. Un peu de prolapsus utérin. La malade souffre depuis longtemps, au niveau de la région lombaire et dans le bas-ventre, les mictions sont plus fréquentes.

On enlève un énorme fibrome pédiculé sur le fond utérin. On trouve en outre, un kyste hématique de l'ovaire gauche. Castration et hystérectomie totale.

Examen histologique d'un fragment. — La tumeur est formée d'un tissu musculaire lisse, dont les fibres-cellules sont jeunes, rudimentaires, disséminées dans un substratum conjonctif hyalin, mais elles tendent encore à se grouper en faisceaux musculaires. Il s'agit d'un myome à développement assez rapide.

OBSERVATION XI

(M. le D^r ALBERTIN.)

G..., malade de ville; sans observation. Urines normales.

Castration; hystérectomie abdominale subtotale.

On enlève un volumineux fibrome utérin pédiculé sur le fond.

De grosses veines sillonnent la tumeur.

Un peu d'ascite.

OBSERVATION XII

(M. le D^r ALBERTIN.)

F..., née F..., 40 ans. Entrée le 29 mai 1916. Fièvre typhoïde à 7 ans. Bronchite avec anémie. Régée à 11 ans. Règles irrégulières, qui duraient huit jours au début; actuellement, elles ne durent que trois jours. Elles sont douloureuses. Les dernières règles datent de l'entrée. L'affection actuelle a débuté, il y a plusieurs années, par une sensation de pesanteur et de tiraillement dans le bas-ventre, accompagnée de nausées et de vomissements. Pas de pertes rouges dans l'intervalle des règles. Pertes blanches très abondantes. Pertes jaunâtres.

Actuellement, la malade souffre dans le bas-ventre, au niveau de la région lombaire, dans la cuisse gauche. Les douleurs sont plus marquées au moment des règles. Constipation habituelle. L'appétit est conservé. Pas de troubles digestifs. La miction est difficile. Sensation fréquente de faux besoin. Ces derniers temps, les mictions étaient fréquentes et abondantes.

La malade a maigri de plusieurs kilogs. Affaiblissement peu sensible.

A l'examen. — On sent une tumeur dure, bosselée, indolore, assez mobile, qui remplit l'abdomen et s'étend en hauteur jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, le col est normal, les culs-de-sac vaginaux sont souples. Les mouvements imprimés par la main abdominale se transmettent intégralement à la main vaginale.

Intervention : 7 juin 1916 (D^r Albertin). — Hystérectomie abdominale subtotale. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une tumeur dure pédiculée sur le fond utérin, présentant des adhérences avec le péritoine pariétal et l'épiploon qui la recouvrait en avant. On les libère facilement. On pratique ensuite sans incident, l'hystérectomie subtotale.

Sur l'utérus, on trouve de petits fibromes pédiculés. L'ovaire droit est kystique. Suites opératoires normales.

25 juin 1916. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XIII.

(M. le D^r ALBERTIN.)

D..., 30 ans. Entrée le 3 juillet 1918. Antécédents héréditaires et personnels normaux. Mariée à 24 ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Depuis longtemps, la malade a des besoins fréquents d'uriner. Les règles sont régulières, mais un peu douloureuses.

A l'examen. — On sent une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête fœtale mobile ne communiquant pas ses mouvements à l'utérus. On hésite entre le diagnostic de kyste de l'ovaire et de myome pédiculé.

Intervention : 3 juillet 1918 (D^r Albertin). — On trouve un énorme fibromyome pédiculé sur le fond utérin. La tumeur est sillonnée en tous sens de grosses veines, et est couverte à sa périphérie de nombreuses taches de bougié (myome malin). Castration. Hystérectomie totale. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XIV

(M. le D^r ALBERTIN.)

D..., née F..., 43 ans. Entrée le 16 juin 1918. Père mort à 30 ans d'affection inconnue. Mère, 75 ans, bien portante. La

malade a été réglée à 13 ans. Règles régulières, indolores, durant trois ou quatre jours. Pas d'enfant; une fausse couche il y a neuf ans. Depuis, la malade a souffert du ventre et des reins. Opérée d'appendicite il y a neuf ans. Depuis le début du mois, elle présente une phlébite de la jambe gauche.

L'affection actuelle remonterait à plusieurs années. Il y a quatre ans, un médecin lui avait dit qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Depuis cette époque, elle se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, et ses règles sont depuis lors plus abondantes durant cinq jours. Pas de pertes dans l'intervalle des règles. La constipation est habituelle. L'appétit est conservé, sans troubles digestifs. Rien d'anormal du côté des mictions. Depuis deux mois, la malade a maigri de 5 kilos. Asthénie. Les urines contiennent un peu d'albumine.

A l'examen. — On sent une grosse tumeur abdominale remplissant toute la partie inférieure de la cavité abdominale, dépassant en haut de plusieurs travers de doigt l'ombilic.

Intervention : 1^{er} août 1918 (D^r Albertin). — Hystérectomie abdominale subtotale. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On tombe sur une grosse tumeur pédiculée sur le fond utérin. On l'enlève par hystérectomie, sans incident. A la suite de l'opération, phlébite de la jambe gauche.

6 novembre 1918. — La malade sort guérie, mais présente toujours un peu de l'œdème de la jambe gauche — (myome malin).

OBSERVATION XV

(M. KOEDELE, 1873.)

Femme de 30 ans. A 24 ans, elle s'aperçoit d'une tumeur arrondie de 5-7 centimètres de diamètre, située sur la gauche de l'utérus, pouvant, au début, se déplacer d'un flanc à l'autre. En deux ans, cette tumeur s'accroît beaucoup. Mictions fréquentes. Menstruation douloureuse prolongée, avec vomissements et diarrhée. La tumeur tournait parfois sur son axe, sous l'influence d'une pression latérale ou même du décubitus latéral. Le ventre devenait de plus en plus proéminent, et la malade ressentait alors des douleurs intenses, ne cessant que lorsqu'elle avait repris la position naturelle. Depuis trois ans,

elle ne s'était plus retournée ainsi. La tumeur remonte à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est solide. Quelques points de fluctuation incertaine. Elle est très consistante à droite, ovoïde, arrondie, oblique transversalement. Extrémité gauche moins renflée au palper que l'extrémité droite. A l'opération, on trouve une tumeur solide, libre d'adhérences, si ce n'est avec trois artères de l'épiploon, sur un espace de deux centimètres. Implantée sur le fond utérin à l'angle gauche.

OBSERVATION XVI

(M. GUNTHER.)

Jeune femme de 27 ans. Règles douloureuses et tuméfaction de l'abdomen. En 1889, elle est prise de douleurs vives, en même temps que se montre de l'ascite, et l'on trouve, par le toucher, une tumeur abdominale siégeant dans l'abdomen. On fait le diagnostic de tumeur maligne, avec ascite, et on pratique la laparotomie. Tumeur rouge violacée, insérée par son pédicule sur le fond utérin, au niveau de l'angle droit. L'épiploon adhérent était étalé au-devant d'elle et dut être décollé. La tumeur était, de plus, adhérente au cæcum et à l'S iliaque. Le pédicule tordu fut sectionné. La coupe et l'histologie montrèrent qu'on avait à faire à un corps fibreux sous-péritonéal se transformant en sarcome, et atteint de lésions dues à une véritable ischémie par torsion du pédicule (transformation d'un fibromyome bénin en fibromyome malin).

OBSERVATION XVII

(MM. VIOLET et ALAMARTINE, *Lyon Médical*, 1909.)

Il s'agit d'une femme de 47 ans, mariée et ayant eu deux enfants. Depuis dix ans, on a constaté chez elle d'une façon fortuite, au cours d'un examen médical, la présence d'un petit fibrome, du reste absolument silencieux, et pour lequel on a décidé de s'abstenir de toute intervention. Il y a trois ans, cette tumeur s'est mise à grossir et, depuis six mois, son développement est devenu particulièrement rapide.

A l'heure actuelle, elle est énorme, remontant jusqu'à l'épi-

gastre, et l'on pourrait croire la malade enceinte et à terme. En dehors de cette augmentation de volume, aucun symptôme fonctionnel, pas de modification des règles, pas le moindre trouble de la miction ou de la défécation; pas de douleurs ni d'altération de la santé générale. La malade a continué sa vie normale. Elle monte facilement trois étages plusieurs fois par jour, accusant seulement un peu de gêne. A la palpation, tumeur rénitente, élastique. Il est difficile de préciser ses connexions avec l'utérus. Au toucher, col utérin normal. Sa mobilisation semble montrer son indépendance d'avec la tumeur. Le diagnostic est hésitant entre un fibromyome ovarien et une tumeur utérine pédiculée.

L'énorme volume, le développement rapide, sans altération de l'état général, font admettre qu'il s'agit probablement d'une tumeur de l'ovaire.

Intervention : 10 mai 1909 (M. A. Pollosson). — Laparotomie médiane. Incision de l'épigastre au pubis. Le pôle supérieur de la tumeur adhère très intimement avec des veines énormes au grand épiploon et au côlon transverse. La décortication est longue, pénible; on place, à mesure que l'on avance, de nombreuses ligatures, afin de ne pas être embarrassé par un nombre trop considérable de pincées. La tumeur étant enfin extériorisée et basculée en avant, on trouve en arrière de son pôle inférieur des adhérences intimes avec le côlon ascendant, l'S iliaque et le rectum. La tumeur s'insère sur le fond utérin; on la sectionne, à ce niveau, car il est impossible de soutenir plus longtemps cette masse énorme. On termine très simplement par une hystérectomie abdominale totale, par le procédé de Doyen. Durée totale de l'intervention : une heure et demie. Suites opératoires simples; la malade sort guérie au bout de quinze jours.

La tumeur enlevée pèse 26 livres. Elle présente à la coupe un aspect différent des fibromyomes ordinaires; elle n'est pas molle, très congestionnée, avec de nombreux kystes à contenu séreux ou hémorrhagique; à la surface, le péritoine est végéturé; par places, il a éclaté, avec aspect dépoli et production d'adhérences.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait en réalité d'un myome à évolution rapide, avec de nombreuses zones

myxomateuses et présentait en définitive tous les caractères du leiomyome de malignité relative.

Cette tumeur est un bel exemple de ce que l'on désigne encore aujourd'hui sous le nom de sarcome utérin. Cette dénomination est impropre; elle est basée sur une erreur anatomopathologique. Il est démontré, depuis le mémoire de MM. Paviot et Bérard, que de semblables tumeurs sont, non des sarcomes, mais des leiomyomes malins. Elles font la preuve de leur malignité et de leur nature histologique par l'existence de métastases sous forme de noyaux musculaires lisses.

Récemment nous avons pu observer à la clinique de M. Pollosson un prétendu sarcome utérin qui, après extirpation, récidiva sous la forme d'une métastase hépatique. Cette dernière était formée de fibres musculaires lisses.

OBSERVATION XVIII

(MM. R. TRIPIER et Aug. POLLOSSON.)

Femme de 45 ans. Quinze mois auparavant, myomectomie dans le service de M. Terrier, par la voie abdominale, avec suture à la paroi de la loge du myome. Néanmoins, la malade voit se développer à nouveau dans son ventre une tumeur très bosselée. Le ventre avait le volume d'une grossesse à huit mois, quand la laparotomie fut pratiquée dans le service de M. Léon Tripier. On enleva les masses lobulées qui se rattachaient par des pédicules ou des adhérences larges au péritoine pariétal, à l'épiploon et à l'utérus. Après cette ablation, il restait dans l'excavation l'utérus encore volumineux et à côté de lui une masse arrondie, ayant presque le volume d'une tête fœtale enclavée, et qui fut abandonnée.

Mort d'infection deux jours après l'intervention. On vit, à l'autopsie, que la masse du petit bassin était un volumineux fibrome de la paroi latérale de l'utérus et semblable aux masses lobulées enlevées. Pas d'autres noyaux de généralisation.

Les examens histologiques, longuement étudiés par MM. Paviot et Bérard, ont montré tous les caractères des myomes malins que nous avons étudiés. Bien que cette observation ne paraisse pas rentrer dans le cadre que nous nous étions fixé, la myomectomie (première intervention) semblant avoir

été faite pour un myome interstitiel, nous l'avons cité cependant pour montrer la possibilité d'une récidive dans le cas de myome malin extirpé, avec conservation de l'utérus.

OBSERVATION XIX

(Due à M. le Professeur POLLOSSON.)

Intervention (D^r Mazet). — Femme B..., 41 ans. Fibrome utérin, pédiculisé sur la corne utérine droite, et très largement adhérent par son pôle opposé à la face gauche ou postérieure du mésentère, près de l'angle iléo-cæcal. Fibrome du volume de deux poings. Incision longitudinale. Section du pédicule utérin. Section des adhérences mésentériques, qui sont très intimes et ne peuvent être libérées. Elles ressemblent à des adhérences charnues naturelles. Hémostase du mésentère, dont le feuillet postérieur ou gauche seul a été incisé dans la libération. Réfection du méso. Conservation de l'utérus et des annexes.

Examen histologique. — Fibromyome à très nombreux éléments cellulaires jeunes, ayant évolué rapidement, et d'origine utérine.

OBSERVATION XX

(M. le Professeur POLLOSSON.)

Femme C..., née D..., 40 ans.

Intervention (M. le Professeur Pollosson). — Fibrome pédiculé du fond utérin, avec adhérences mésentériques. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Castration totale.

Fibrome bosselé du volume de deux poings. Le pôle supérieur présente une large zone d'adhérences intimes avec la face inférieure du mésentère. Libération par incision et clivage; il en résulte une déchirure linéaire du méso, qui n'atteint pas le bord intestinal. Hémostase et suture sans résection. La masse kystique gauche, haut située sous les fausses côtes avait fait penser à une hydronéphrose; il s'agit d'un kyste dermoïde à contenu sébacé, avec papille très développée et cheveux.

OBSERVATION XXI

(M. le Professeur POLLOSSON.)

A... Marie-Séraphine, 43 ans.

Intervention (M. le professeur Pollosson). — Fibrome sous-péritonéal. Hystérectomie subtotale sans conservation. Cure radicale de hernie inguinale droite.

Fibrome pédiculé sous-péritonéal du volume de trois poings, inséré sur le fond, près de la corne gauche.

A la coupe, tumeur dure, blanchâtre, avec un foyer cortical nécrobiotique bien encapsulé du côté de l'insertion utérine. Autres noyaux utérins tout petits.

OBSERVATION XXII

(M. le Professeur POLLOSSON.)

Veuve G..., née R..., 42 ans. 2 enfants, en 1895 et en 1899, vivants et bien portants. 1 fillette, morte à trois mois, de bronchite. Accouchements normaux. Pas de fausses couches. Réglée à 15 ans, régulièrement. Quelques pertes blanches. Il y a douze ans, pertes rouges; elle est soignée à ce moment pour rétroversion.

Opérée en 1915, par M. Pollosson, pour myome malin du fond utérin (myomectomie).

Mars 1920. — Elle souffre, depuis un mois et demi, de douleurs lombaires. Le ventre augmente rapidement de volume. Pas de pertes; menstruations normales. Douleurs abdominales irradiées à tout l'abdomen. Elle est envoyée avec le diagnostic d'ascite symptomatique de lésions ovariennes. A l'examen fait dans le service, on pense à une grosse masse kystique ou ascitique.

Intervention. — Laparatomie médiane parallèle à la primitive. La poche ascitique est bien une véritable poche non adhérente aux intestins, extrêmement mince, bleuâtre, rappelant absolument un foyer de péritonite enkystée. Elle se rompt et donne issue à 8 ou 10 litres de liquide séreux

brunâtre très clair. On isole difficilement en raison de l'obésité, le champ pelvien. On enlève en totalité un utérus fibromateux gros comme un poing, parfaitement normal, auquel sont appendus deux ovaires normaux. La vaste poche, extrêmement mince dans l'abdomen, s'épaissit à mesure qu'elle se rapproche de son insertion primitive qui semble être un noyau primitivement développé sur la paroi antérieure de l'S iliaque adhérent secondairement au douglas et librement distendu dans la grande cavité abdominale. Il résultait, sans doute, d'une greffe du myome malin primitif.

CONCLUSIONS

I. — Certains fibromyomes implantés sur le fond de l'utérus évoluent avec des caractères spéciaux.

II. — Ces tumeurs exubérantes soit solides, soit en parties liquides (géodes pseudo-kystiques) se différencient du fibromyome banal. Leur structure histologique est celle du myome malin.

III. — L'ablation partielle de ces tumeurs peut être suivie de récurrence *in situ*, et de généralisation.

IV. — Il y a lieu de faire la castration totale pour ces tumeurs pédiculées sur le fond utérin qui sont des tumeurs malignes.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. PAVIOT.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 mai 1920,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.



FIG. I

Volumineux fibromyome malin pédiculé sur le fond utérin
avec grandes et petites cavités kystiques. Utérus et annexes normaux

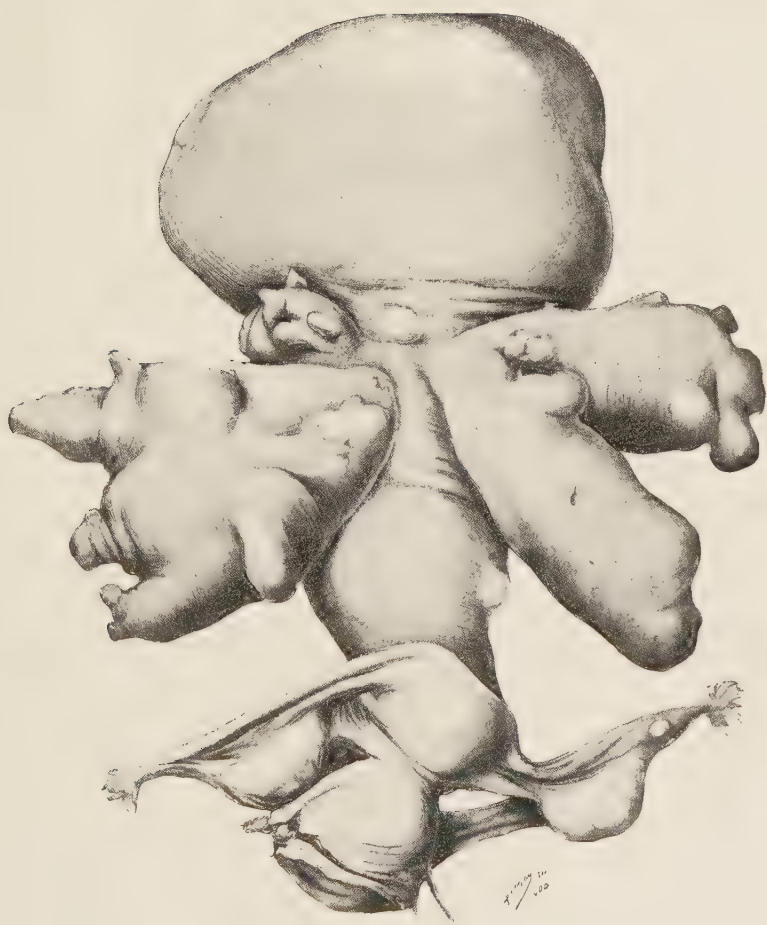


FIG. II

Fibromyome malin implanté sur le fond utérin à développement rapide.
 — Proliférations nombreuses et exuberances en tubercule de topinambour. — L'utérus et l'appareil annexiel ont leur forme et leur volume normaux.



FIG. III

Volumineux fibromyome malin implanté sur le fond utérin
à développement rapide
Noyaux fibromateux sur l'utérus. Annexes normales

BIBLIOGRAPHIE

- TILLAUD. — Traité de chirurgie clinique, 1897.
- PONZI. — Traité de Gynécologie.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie (Les Fibromyomes, Pierre Delbet).
- TOURNEUX. — Précis d'embryologie humaine.
- Ch. DEBIERRE. — Manuel d'embryologie humaine.
- POIRIER. — Traité d'anatomie (Embryologie de l'utérus).
- CLAISSE. — Recherche sur le développement des fibromyomes et des adénomyomes de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1900).
- KOSSMANN. — Origine des inclusions glandulaires dans les adénomyomes de l'utérus et de ses annexes.
- LABADIE-LAGRAVE, LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- L. YCARD. — De l'étiologie des fibromyomes de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1904-1905).
- LEGUEU et MARIEN. — Du rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins.
- PILLIET. — Une hypothèse sur l'origine des fibromes (*Bullet. Société. Anat.*, janvier 1894).
- LEGUEU et MARIEN. — Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus. (*Annales de Gynéc. et d'Obstétrique*, 1897; — *Bulletin Société anatomique*, 1896).

- PIQUAND. — Dégénérescence des fibromyomes de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1905).
- PILLIET et COSTES. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes (*Compte rendu de la Société de Biologie*, octobre 1894).
- TRIPIER. — Traité d'anatomie pathologique générale.
- PAVIOT et BÉRARD. — Le cancer du tissu musculaire lisse (*Archives de Médecine expérimentale*, 1897).
- HYENNE. — Dégénérescence des fibromyomes de l'utérus (1897-1898).
- COSTES. — Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes (*Thèse de Paris*, 1895).
- ALBERTIN. — *Journal de Chirurgie*, 1911.
— *Lyon Médical*, avril 1911.
- DUPLAY. — *Presse Médicale*, juin 1900.
- DEBAR Marius. — Considérations sur une série de 53 cas de fibromyomes utérins.
- BERNARD Claude-Abel. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.
- DIONNET Ferdinand. — Contribution à l'étude des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromyomes utérins (*Thèse de Lyon*, 1913-1914).
- LOUIS Ferdinand. — Des adénomyomes de l'utérus (adénomyomes du corps, essai de revue générale) (*Thèse de Lyon*, 1908).
- NICOLSKY. — Evolution et complication des fibromes utérins.
- VIALLE Gaston. — Contribution à l'étude des fibromes utérins.
- LEBEC. — Etude sur les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1880).
- ALBERTIN. — A propos de 400 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromyomes utérins (*Lyon Médical*, 1911).
- MICHON. — Volumineux fibrome kystique suppuré de l'utérus, ayant évolué sans réaction locale (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1909).

DRUON. — Néoplasmes kystiques de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1899).

VIOLET et ALAMARTINE. — Leiomyome malin du poids de 26 livres (*Lyon Médical*, 1909).

VILLARD. — Du myome malin de l'utérus (*Thèse de Lyon*, 1905).

VAUTRIN. — Sur le traitement chirurgical des myomes utérins.

BONIER Marius. — De la myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE I. — L'Embryogénie de l'utérus et les diverses hypothèses sur l'origine des fibromyomes.....	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.	
I. Caractères macroscopiques.....	19
II. Caractères histologiques.....	21
CHAPITRE III. — I. Symptomatologie. Evolution clinique.	27
II. La malignité relative et la malignité vraie des fibromyomes pédiculés sur le fond utérin.....	30
CHAPITRE IV. — Indications thérapeutiques.....	37
CHAPITRE V. — Observations.....	39
DESSINS (Hors Texte).	
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

LYON

